

健康保険

療養費

支給申請書（はり・きゅう）

申請日 令和 6 年 6 月 10 日

被保険者証の記号	11	被保険者証の番号	12345	従業員番号	9999	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4	5	0	4	2	5
氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎			事業所	〇〇工場								
住所	〒 000 - 0000 〇〇県△△市××町〇丁目〇番地〇号 TEL 080 - 1234 - 5678												
チェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 以下のとおり相違ありません。TOYO TIRE健康保険組合が医療機関等に対して内容照会を行うこと、および当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。													

下記のとおり療養費の支給を申請します。

受診者	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	被保険者との続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4	7	0	8	1	0	
傷病名	神経痛			発病または負傷の年月日	令和 6 年 1 月 8 日								
発病または負傷原因	不詳（原因がわかる場合は記入）												
施術所	名称	〇〇鍼灸治療院			施術師氏名	※※ ※※							
	所在地	〇〇県△△市××町〇丁目〇番地〇号											
施術を受けた期間	令和 6 年 5 月 1 日 から			施術に要した費用の額	16,500 円								
	令和 6 年 5 月 31 日 まで				5 日間	第三者行為によるときはその事実	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する(別途届出が必要)						

事業主証明欄	この申請書の内容が正しいことを証明します。	令和 年 月 日
	委任を受けた給付金の受領は貴健康保険組合との間で定められている方法で受け取ります。	事業所所在地
	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	事業所名称 事業主氏名

【添付書類】 円滑な事務手続きが進むよう、添付書類が揃っているか、提出前にご確認ください。

- 施術者発行の「療養費支給申請書」
- 施術に要した費用の領収書(原本)
- 医師の同意書(原本)《初療および6カ月を超えて引き続き施術が必要な場合は、医師の同意（再同意）が必要》
- 往療料の内訳書および確認書（該当する場合）

健保記入欄	常務理事	事務長	担当者	支給金額
				円
	支給期間	年 月 日から	年 月 日迄	日間
備考				

健保受付印